



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
PLAN DE ATENCIÓN - SECCIÓN CINCO ADICIONAL
 PLAN OF CARE - ADDITIONAL SECTION FIVE

NOMBRE:	NÚMERO DDD:
---------	-------------

Número de la evaluación de necesidades _____

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

Número de la evaluación de necesidades _____

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario

Número de la evaluación de necesidades _____

¿Qué pasos se deben tomar y/o qué servicios/asistencia deben proporcionarse para satisfacer este objetivo?	¿Proveedor/ Persona Responsable?	Marque si la exención pagó por el servicio	¿Frecuencia? Diaria/Semanal/ Mensual Cantidad: Hrs/Días/Meses	Si es nuevo, ¿cuál es la fecha de inicio?	Aprobación anterior recibida, si es necesario